Instrucciones para solicitud para Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud Integrado de Kentucky

KI HIPP
Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment

KIHIPP-101

¿Cuándo debe usar este formulario de solicitud?	Use este formulario si alguien en su hogar es elegible para seguro de salud de un empleo, COBRA, Plan de Salud para Jubilados o Seguro para Mineros Unidos. El formulario se refiere a esta persona como el "empleado". El seguro de salud de un empleo se llama "seguro patrocinado por un empleador" o "ESI". El seguro ESI puede incluir cobertura para su cónyuge y dependientes, pero no tiene obligación de hacerlo. Complete este formulario si: ☐ Usted tiene un empleo que ofrece seguro de salud o tiene cobertura de salud de COBRA, Plan de Salud para Jubilados o Seguro para Mineros Unidos.
¿Qué necesita para presentar solicitud?	☐ Formulario de cobertura de salud completado y firmado. ☐ Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) para su plan de seguro de salud. ☐ Su talón de pago más reciente, si está disponible. ☐ Comprobante de pago de prima de la compañía aseguradora. ☐ Hoja de tarifas de prima.
¿Cómo puede enviar su formulario de solicitud?	1. **Portal de autoservicio:** Inicie sesión en su cuenta en benefind.ky.gov. 2. **Email**: KIHIPP.PROGRAM@KY.GOV 3. **Fax**: 502-564-3232 4. **Correo:** CHFS, KI-HIPP Unit, 275 E. Main St., 6C-A, Frankfort, KY 40621 Necesitará proporcionar la información requerida en este formulario y documentación adicional como se indica más adelante para inscribirse en el Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud Integrado de Kentucky. No necesita enviar esta información de la misma forma. Por ejemplo, usted puede enviar su información en el portal de autoservicio y enviar por email, fax o correo copias de los documentos.
¿Cuándo es necesario que complete más de un formulario de solicitud?	☐ Si más de una persona en su hogar tiene seguro de salud como titular primario de la póliza, **cada persona** con un seguro de salud tendrá que completar un formulario. ☐ Si tiene más de 4 dependientes en su hogar, complete el **Apéndice A** todas las veces que sea necesario. Usted tiene que mostrar todos los dependientes que pueden obtener seguro de salud a través de su seguro de salud. ☐ Si tiene más de un seguro de salud, complete el **Apéndice B** para cada seguro de salud adicional.
¿Por qué le pedimos esta información?	• Solo le pedimos información para ver si usted es elegible para el Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud Integrado de Kentucky. Necesitamos información **sobre usted** para verificar su identidad y asegurarnos de que usted es elegible para el programa. Necesitamos información **sobre su plan de seguro de salud** para asegurarnos de que cubre servicios de salud esenciales y que es menos costoso que el plan de Medicaid. También nos aseguramos de que le estemos entregando la cantidad correcta de reembolso de la prima en base al costo de su plan.
¿Qué pasa después?	• Si usted no tiene toda la información que pedimos, envíe su formulario de todas maneras. Nos contactaremos con usted para pedirle la información que falta si no podemos verificar su elegibilidad en base a la información que nos da.

	• Si decidimos que usted es elegible para el Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud Integrado de Kentucky, le enviaremos más información sobre los pasos que tiene que seguir. • Si usted **todavía no se inscribió** en su seguro de salud (y quiere inscribirse), espere a recibir un aviso nuestro que le indique que se inscriba para evitar pagar el costo total de la prima. • Si usted **ya se inscribió** en su seguro de salud, continuará inscrito en su plan. • Usted tendrá un recargo extra de $1 por mes que se agregará al monto de la prima que paga si su plan cubre un servicio no autorizado en Medicaid. Tiene que enviar una copia de documentación comprobante, como su Certificado de cobertura o Descripción de resumen del plan, que verifique que su plan no cubre esos servicios. Usted generalmente puede obtener el Certificado de cobertura u otra documentación comprobante si los pide a su empleador o compañía aseguradora.
¿Dónde puede obtener ayuda?	☐ **En este formulario con instrucciones**: Busque las casillas azul claro para obtener consejos sobre cómo completar el formulario. ☐ **Sitio web**: benefind.ky.gov**.** ☐ **Por teléfono**: 855-459-6328 ☐ **Personalmente:** Puede ver una lista de las oficinas de DCBS cerca de usted en nuestro sitio web en https://prd.chfs.ky.gov/Office Phone/index.aspx o llamándonos. ☐ **Servicios para deficiencias auditivas TTY**: 800-627-4702 ☐ Consulte el manual para miembros para obtener información adicional sobre el Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud Integrado de Kentucky, incluidos reembolsos, recargos y tarifas.

PASO 1	**Denos información sobre usted** Cada uno de los miembros de su hogar que tenga un ofrecimiento de seguro de salud a través de su empleo, COBRA, Plan de Salud para Jubilados o Seguro para Mineros Unidos debe completar este formulario. Por ejemplo, si usted está casado(a) y tiene un ofrecimiento de seguro a través de su empleo o su cónyuge tiene un ofrecimiento de seguro a través de su empleo, cada uno de ustedes debe completar una copia de este formulario. Cuando usted complete el formulario sobre su ofrecimiento de seguro de salud, ingresará su información como empleado(a). Cuando su cónyuge complete el formulario, su cónyuge completará la información como empleado(a). Si tiene más de una fuente que le ofrece seguro de salud, tendrá que llenar el Apéndice B para dar información sobre cada ofrecimiento de seguro de salud. Por ejemplo, si usted está trabajando en dos empleos y los dos ofrecen seguro de salud, dará la información para el trabajo que es su seguro de salud primario en el formulario principal. Luego dará la información sobre el seguro de salud del otro empleo como cobertura secundaria en el **Apéndice B.**

Necesitamos su número de Seguro Social (SSN) si quiere cobertura y tiene un SSN. Usamos el SSN para verificar el ingreso y otra información para ver si usted es elegible para KI-HIPP.

Paso 1: Denos información sobre usted: Información sobre titular primario de la póliza

1. Primer nombre	Segundo nombre	Apellido
2. Número de Seguro Social	3. Fecha de nac. (MM/DD/AAAA) _____/____/_____	4. ID de Medicaid (si lo conoce)
5. Dirección del hogar		
6. Ciudad	7. Estado	8. Código postal
9. Correo electrónico	10. Teléfono	

Puede dar su dirección de correo electrónico de su trabajo o personal.

Indique la dirección postal de su hogar. Le enviaremos los avisos sobre su elegibilidad a esta dirección.

Puede dar su teléfono del trabajo o personal.

Indique su número de ID de Medicaid, si tiene uno. Puede encontrar este número en su tarjeta de Medicaid.

PASO 2

Denos información sobre sus beneficios COBRA o plan de seguro de salud

Necesitaremos saber cuánto cuesta su plan para ver si la cobertura es menos costosa a través de su seguro de salud o plan Medicaid. Su plan de seguro de salud puede cubrirle solo a usted, o puede estar disponible para cubrir a otras personas en su hogar.

Proporcione toda la información que pueda sobre el seguro de salud en el que ya está inscrito. Puede encontrar esta información en su tarjeta de seguro de salud.

Asegúrese de indicar las fechas en que comienza y termina su cobertura para el año actual, si ya se inscribió para seguro de salud. Si todavía no está inscrito, indique las fechas anticipadas o futuras. Muchos empleadores hacen que sus empleados se inscriban en el otoño, durante el período de inscripción, pero la cobertura no comienza hasta enero

Paso 2: Denos información sobre el seguro de salud o beneficios de COBRA que la persona en el Paso 1 puede recibir

11. Nombre de la empresa de seguro de salud	12. Nombre del plan
13. ID de póliza	14. ID del grupo (si lo conoce)
15. ¿Cuál es la fecha de inicio de la cobertura? (MM/DD/AAAA) _____/_____/_____	16. ¿Cuál es la fecha de fin de la cobertura? (MM/DD/AAAA) _____/_____/_____ (si la conoce)
17. ¿Es seguro COBRA? ☐ Sí ☐ No	18. ¿Consume tabaco? (esta pregunta no afecta su cobertura Medicaid)? ☐ Sí ☐ No

PASO 2

Si ya está inscrito, denos información sobre su plan de seguro de salud

Puede encontrar la información en su tarjeta de ID del plan de salud o tarjeta del seguro.

Si ya se inscribió en su seguro de salud, debería tener una tarjeta por cada plan de seguro que tenga. **Por ejemplo**, si tiene seguro médico y un plan dental aparte, probablemente tenga dos tarjetas de seguro aparte. Necesitará esas tarjetas para proporcionar la información necesaria en las preguntas 11-18, 29-34 y 35-40.

A veces, las tarjetas de seguro de salud tendrán un nombre diferente para los números que lo que usted ve en el formulario. En ese caso, usted puede buscar las palabras clave que coincidan y completar esos números. **Por ejemplo,** si usted tiene una tarjeta así:

Deberá completar las preguntas en el Paso 2 de esta forma:

11. Nombre de la compañía de seguro de salud: Nombre de la compañía aseguradora
12. Nombre del Plan de Salud: Heritage Select Advantage POS
13. N.º grupo o N.º ID del Plan de Salud: OJJN
14. N.º de Póliza del Plan de Salud: 911-95387-08

Usará este mismo proceso para completar las preguntas 29 a 34 y 35 a 40 si está recibiendo seguro dental y/o de visión como un plan aparte. Usted debería tener una tarjeta diferente con diferentes números de plan y de póliza. Si usted no tiene seguro dental o de visión, deje estas preguntas en blanco

PASO 3	**Denos información sobre su empleador u otro lugar que ofrece el seguro de salud o COBRA** Necesitaremos información sobre su empleador u otro lugar que ofrece el seguro de salud o beneficios de COBRA. Si usted tiene seguro de un empleo, puede tener que pedir a su empleador algo de esta información si no la tiene. Si su empleo tiene un Departamento de Recursos Humanos o una persona encargada, ese puede ser el mejor lugar para obtener la información que necesita. La información que se requiere también puede estar en el formulario de impuestos (W2) que usted puede haber recibido de su actual empleador. Además, es posible que usted tenga más de un empleo o que tenga seguro de más de una fuente que ofrece seguro de salud. Si ese es el caso, necesitamos saber sobre sus otros seguros de salud. **Use el Apéndice B para darnos información sobre otros empleos o fuentes que le ofrecen seguro de salud.**

Paso 3: Denos información sobre el empleador u otro lugar que ofrece el seguro de salud o COBRA

19. Nombre	20. Número de identificación del empleador (EIN) (si lo conoce)	
21. Otro nombre (si corresponde)		
22. Dirección		
23. Ciudad	24. Estado	25. Código postal
26. Nombre de contacto de empleador/tipo de empresa	27. Teléfono de contacto de empleador/tipo de empresa	
28. Email de contacto de empleador/tipo de empresa		

Indique el nombre de la compañía de su empleo actual o de otro lugar que le ofrece seguro de salud.

Indique otros nombre que el empleador o la compañía pueden usar.

Pregunte a su empleador este número, o búsquelo en su formulario de impuestos W2, si tiene uno.

PASO 4 Denos información sobre su plan de seguro dental o de visión

Su plan de seguro de salud puede cubrirle solo a usted, o puede estar disponible para cubrir a otras personas en su hogar.

Proporcione toda la información que pueda sobre el seguro de salud en el que ya está inscrito. Puede encontrar esta información en su tarjeta de seguro de salud.

29. Nombre de la empresa de seguro dental	30. Nombre del plan
31. ID de póliza	32. Número de grupo (si lo conoce)
33. ¿Cuál es la fecha de inicio de la cobertura? (MM/DD/AAAA) _____/_____/_____	34. ¿Cuál es la fecha de fin de la cobertura? (MM/DD/AAAA) _____/_____/_____ (si la conoce)
35. Nombre de empresa de seguro de visión	36. Nombre del plan
37. ID de póliza	38. Número de grupo (si lo conoce)
39. ¿Cuál es la fecha de inicio de la cobertura? (MM/DD/AAAA) _____/_____/_____	40. ¿Cuál es la fecha de fin de la cobertura? (MM/DD/AAAA) _____/_____/_____ (si la conoce)

Deje las preguntas 29 a 34 en blanco si usted no está inscrito en un plan dental.
Deje las preguntas 35 a 40 en blanco si usted no está inscrito en un plan dental.

PASO 5 ¿Qué otras personas tienen cobertura en su seguro?

En esta sección, usted nos dirá **quién más en su hogar puede obtener cobertura de seguro de salud bajo su seguro de salud. Por ejemplo,** si usted está casado(a) y tiene tres hijos, y su empleo ofrece cubrir a todos en el hogar, encontrará la información para su cónyuge en la casilla "Cónyuge", y pondrá la información para sus hijos en las casillas "Dependiente". Para los tres hijos, encontrará "Dependiente 1", "Dependiente 2" y "Dependiente 3" en el formulario, y dejará "Dependiente 4" en blanco. Cada hijo tendrá una casilla aparte.

Si hay personas en su hogar que **no pueden** obtener seguro de salud a través de usted, no los agregue en las tablas a continuación. **Por ejemplo,** si usted está casado(a) y tiene tres hijos, pero su empleo solo ofrece cobertura de salud para usted, no completará esta sección.

Paso 5: ¿A quién más ofrece cobertura este empleador?

Cónyuge	
a. Nombre (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	b. Número de Seguro Social (SSN)
c. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____/____/_____	d. ID de Medicaid (si lo sabe)
e. Fecha de inicio de cobertura (si la conoce) _____/____/_____	f. Fecha de fin de cobertura (si la conoce) _____/____/_____
g. ¿Consume tabaco? (Esta pregunta no afecta su cobertura de Medicaid)? ☐ Sí ☐ No	

Asegúrese de incluir las fechas en que comienza y finaliza la cobertura para el o los miembros de su familia. Muchos empleadores hacen que sus empleados se inscriban en el otoño, pero la cobertura no suele comenzar hasta el 1 de enero.

Dependiente 1	
a. Nombre (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	b. Número de Seguro Social (SSN)
c. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____/____/_____	d. ID de Medicaid (si lo sabe)
e. Relación con el/la empleado/a Hijo ☐ Hija ☐ Otro	
f. Fecha de inicio de cobertura (si la conoce) _____/____/_____	g. Fecha de fin de cobertura (si la conoce) _____/____/_____
h. ¿Consume tabaco? (Esta pregunta no afecta su cobertura de Medicaid)? ☐ Sí ☐ No	

Dependiente 2	
a. Nombre (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	b. Número de Seguro Social (SSN)
c. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____/____/_____	d. ID de Medicaid (si lo sabe)
e. Relación con el/la empleado/a Hijo ☐ Hija ☐ Otro	
f. Fecha de inicio de cobertura (si la conoce) _____/____/_____	g. Fecha de fin de cobertura (si la conoce) _____/____/_____
h. ¿Consume tabaco? (Esta pregunta no afecta su cobertura de Medicaid)? ☐ Sí ☐ No	

Dependiente 3	
a. Nombre (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	b. Número de Seguro Social (SSN)
c. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____/____/_____	d. ID de Medicaid (si lo sabe)
e. Relación con el/la empleado/a Hijo ☐ Hija ☐ Otro	
f. Fecha de inicio de cobertura (si la conoce) _____/____/_____	g. Fecha de fin de cobertura (si la conoce) _____/____/_____
h. ¿Consume tabaco? (Esta pregunta no afecta su cobertura de Medicaid)? ☐ Sí ☐ No	
Dependiente 4	
a. Nombre (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	b. Número de Seguro Social (SSN)

c. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____/____/_____	d. ID de Medicaid (si lo sabe)
e. Relación con el/la empleado/a Hijo ☐ Hija ☐ Otro	
f. Fecha de inicio de cobertura (si la conoce) _____/____/_____	g. Fecha de fin de cobertura (si la conoce) _____/____/_____
h. ¿Consume tabaco? (Esta pregunta no afecta su cobertura de Medicaid)? ☐ Sí ☐ No	

NOTA: El formulario tiene espacios para incluir 4 dependientes. Si usted tiene más de 4 dependientes que tienen ofrecimientos de cobertura y necesita más espacio, use el **Apéndice A** al final del formulario.

PASO 6

Autorización

No olvide firmar y escribir la fecha en el formulario antes de enviarlo.

Después de que complete y envíe su formulario, hay algunas cosas que puede esperar que hagamos para verificar su elegibilidad. También hay cosas que esperamos que usted haga, como avisarnos si usted tiene algún cambio en su situación. Lea las siguientes declaraciones para asegurarse de que conoce nuestras responsabilidades y las suyas.

Autorización

26. Firma del miembro y fecha

- Firmo este formulario bajo pena de perjurio, lo que significa que he dado respuestas verdaderas a todas las preguntas en este formulario, según mi leal saber y entender. Sé que puedo estar sujeto a sanciones según la ley federal si doy información falsa y/o incorrecta.
- Sé que tengo que informar al Departamento de Servicios de Medicaid (DMS) si la información que ingresé en este formulario cambia, en un plazo de 30 días a partir del cambio. Puedo visitar benefind.ky.gov o llamar al 855-459-6328 para informar sobre cualquier cambio.
- Si creo que DMS cometió un error, puedo apelar la decisión. Apelar significa decirle a alguien en DMS que creo que la acción es equivocada, y pedir una revisión justa de la acción. Sé que puedo ser representado en el proceso por otra persona que no sea yo mismo. Se me explicará mi elegibilidad y otra información importante.
- Sé que según la ley federal, no está permitida la discriminación en base a raza, color, nacionalidad, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación en www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Entiendo que el Departamento de Servicios de Medicaid comprobará mis respuestas usando información en bases de datos del Servicios de Rentas Internas (IRS), Administración del Seguro Social, el Departamento de Seguridad Nacional y/u otras fuentes confiables. Si la información no coincide, se me puede pedir que envíe comprobantes.

Si soy elegible para Pago de Primas de Seguro de Salud Integrado de Kentucky:

- Entiendo que si el Programa de Pago de Pago de Primas de Seguro de Salud Integrado de Kentucky paga por un gasto médico, cualquier pago de otro seguro de salud o acuerdos legales será para Medicaid, según corresponda, para reembolso por el gasto.
- Entiendo que se puede revisar mi formulario de cobertura de salud para asegurar que la elegibilidad se haya determinado correctamente. Si se revisa mi formulario, debo cooperar con la revisión.

Firma	Fecha (MM/DD/AAAA)

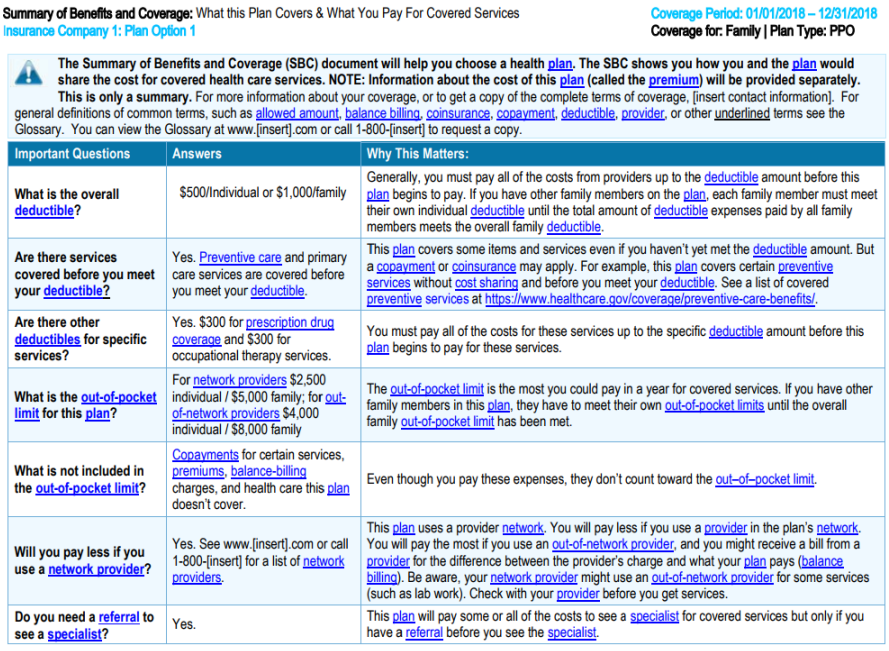
Si necesita ayuda con su formulario o para completarlo más rápidamente en internet, vaya a benefind.ky.gov o llame al 855-459-6328.

PASO 7

Envíe los documentos requeridos para cada ofrecimiento de seguro de salud

Necesitamos más información sobre su plan de seguro de salud para verificar si esta cobertura es elegible para KI-HIPP. Puede enviar esta información electrónicamente **cargándola** o **enviándola por email.** También puede enviar por **fax** o por **correo** sus documentos.

Qué necesitamos	Más información
☐ Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC)	Su Resumen de Beneficios y Cobertura indica los servicios que están cubiertos por su plan de salud y los costos que puede tener que pagar de su bolsillo. Este es un ejemplo del aspecto que puede tener la primera página de su SBC. Usted generalmente recibe una copia de su Resumen de Beneficios y Cobertura de su empleador o de la compañía de seguro **en el correo** después de que se inscribe en su plan. También puede buscarlo en internet, en el sitio web de su compañía de seguro de salud.
☐ Su talón de pago más reciente	Su talón de pago nos da información importante: ✓ Podemos verificar dónde trabaja usted. ✓ Podemos ver cuánto está pagando por su prima si usted ya está inscrito en el seguro de salud de su empleo.
☐ Comprobante de pago de prima de la compañía aseguradora	Si usted tiene cobertura de seguro de salud que ofrece una fuente que no es un empleo, por favor, proporcione un comprobante de pago de la compañía aseguradora. Debe ser una carta firmada de su compañía de seguros con membrete que declare su pago actual y con qué frecuencia paga.



Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What You Pay For Covered Services
Insurance Company 1: Plan Option 1

Coverage Period: 01/01/2018 – 12/31/2018
Coverage for: Family | Plan Type: PPO

The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health plan. The SBC shows you how you and the plan would share the cost for covered health care services. NOTE: Information about the cost of this plan (called the premium) will be provided separately. This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, [insert contact information]. For general definitions of common terms, such as allowed amount, balance billing, coinsurance, copayment, deductible, provider, or other underlined terms see the Glossary. You can view the Glossary at www.[insert].com or call 1-800-[insert] to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible?	$500/Individual or $1,000/family	Generally, you must pay all of the costs from providers up to the deductible amount before this plan begins to pay. If you have other family members on the plan, each family member must meet their own individual deductible until the total amount of deductible expenses paid by all family members meets the overall family deductible.
Are there services covered before you meet your deductible?	Yes. Preventive care and primary care services are covered before you meet your deductible.	This plan covers some items and services even if you haven't yet met the deductible amount. But a copayment or coinsurance may apply. For example, this plan covers certain preventive services without cost sharing and before you meet your deductible. See a list of covered preventive services at https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
Are there other deductibles for specific services?	Yes. $300 for prescription drug coverage and $300 for occupational therapy services.	You must pay all of the costs for these services up to the specific deductible amount before this plan begins to pay for these services.
What is the out-of-pocket limit for this plan?	For network providers $2,500 individual / $5,000 family; for out-of-network providers $4,000 individual / $8,000 family	The out-of-pocket limit is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this plan, they have to meet their own out-of-pocket limits until the overall family out-of-pocket limit has been met.
What is not included in the out-of-pocket limit?	Copayments for certain services, premiums, balance-billing charges, and health care this plan doesn't cover.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out–of–pocket limit.
Will you pay less if you use a network provider?	Yes. See www.[insert].com or call 1-800-[insert] for a list of network providers.	This plan uses a provider network. You will pay less if you use a provider in the plan's network. You will pay the most if you use an out-of-network provider, and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware, your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services.
Do you need a referral to see a specialist?	Yes.	This plan will pay some or all of the costs to see a specialist for covered services but only if you have a referral before you see the specialist.

PASO 8

Apéndice A: Denos información extra si tiene más de cuatro dependientes en su hogar

Usted puede tener más de cuatro dependientes en su hogar. Necesitamos obtener información sobre todas las personas en su hogar. Complete el Apéndice A de la misma forma que

	completó la información anterior. Haga todas las copias del Apéndice A que sean necesarias para brindar información para todos los miembros de su hogar.

PASO 9	**Apéndice B: Denos información extra si tiene más de un empleo que le ofrece seguro de salud** Muchas personas tienen más de un empleo, y algunas tienen más de un empleo que les ofrece seguro de salud o tienen seguro de salud de varias fuentes. Si usted tiene más de un seguro de salud, necesitamos obtener información sobre todos los planes de seguro de salud que le ofrecen. Complete el Apéndice B de la misma forma que completó el resto del formulario, pero esta vez proporcione la información para sus otros empleos y fuentes que le están ofreciendo seguro de salud. Haga todas las copias del Apéndice B que sean necesarias para brindar información para todos los ofrecimientos de cobertura de salud que tiene de su empleo o empleos. **Recuerde,** si alguna otra persona en su familia tiene un ofrecimiento de cobertura de salud de su empleo, esa persona tendrá que completar un formulario aparte.